

## 訪問型サービス(身体ヘルプ、元気ヘルプ、生活ヘルプ)の様式例について

介護予防・生活支援サービス事業の訪問型サービス(身体ヘルプ、元気ヘルプ、生活ヘルプ)において使用する様式を作成しました。

なお、この様式は、標準様式例として作成したものであり、当該様式以外の様式の使用を拘束する趣旨のものではありません。

### ■様式の構成

様式1	表紙
様式2	訪問型サービス 利用者基本情報
様式3	訪問型サービス計画書 No. 1身体介助
様式4	訪問型サービス計画書 No. 2身体介助
様式5	訪問型サービス計画書 No. 3調理
様式6	訪問型サービス計画書 No. 4洗濯その他の日常生活
様式7	訪問型サービス計画書 No. 5掃除
様式8	訪問型サービス計画書 No. 6買物

### ■各様式の記載について(ポイント)

様式1	【基本情報】【アセスメント】【訪問型サービス計画書】の欄に記載する。訪問型サービス計画書のNO.1～No.6の中で必要なシートを選択して添付し、利用者及び家族の同意を得ます。【モニタリング・評価】については訪問型サービス計画書の実施状況の把握として計画期間終了後に記載し、利用者及び家族に説明後、次の計画へ繋がります。特に、他事業所との連携を意識し記載します。
様式2	利用者基本情報については、担当の介護支援専門員等から情報提供を受けた内容の転記でかまいません。栄養や口腔に関しても情報収集し支援していきます。
様式3 ? 様式8	利用者本人・インフォーマル欄の項番がふられている各チェック項目は、介護支援専門員等が使用するアセスメントツールと同じ項目もあります。そのため、初回のチェックについては、担当の介護支援専門員等から情報提供を受けた内容の転記でかまいません。 サービス実施状況報告の欄については、少なくとも1月に1回、訪問型サービス計画に係る当該利用者に対するサービスの提供状況や利用者の状態について、担当の介護支援専門員等に報告します。

介護予防・生活支援サービス事業(訪問型サービス)

① No.

アセスメント/訪問型サービス計画書/モニタリング

事業所名

作成者名

① 様式3～8の中で選択したシートのNO.を記載する。

【基本情報】

利用者氏名	② <input type="text"/>	生年月日 年 月 日	担当ケアマネ
認定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	状態区分	申請中・要支援 1・2・事業対象者
計画期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	利用サービス	身体ヘルプ・元気ヘルプ・生活ヘルプ

② 要支援1・2の利用者は記載する。

【アセスメント】

訪問日	平成 年 月 日
作成日	平成 年 月 日

③ サービスが計画どおりどれくらい実施できているのかを10段階で評価する。  
本人の主観だけでなく、サービスの提供状況をもとに評価する。

【訪問型サービス計画書】

作成日	平成 年 月 日
-----	----------

④ 訪問型サービス計画の目標の達成度を10段階で評価する。

別紙、計画書について、説明を受け実施することに同意します。

説明書  平成 年 月 日

様式2の利用者基本情報以外の計画書について説明し、同意を得る。

利用者氏名  印

代理人氏名  印

⑤ 通所型サービスでのサービスや目標の達成状況に対して、利用者及び家族がどれくらい満足しているかを10段階で評価する。

【モニタリング・評価】

評価実施日	平成 年 月 日
-------	----------

⑥ 計画期間終了後にモニタリング・評価を行い、記載する。

■サービスの実施状況

③  1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
未実施 実施

■目標の達成度

④  1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
未達成 達成

■利用者及び家族の満足度

⑤  1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
不満足 満足

⑥

■今後の方針・計画変更の必要性等

⑦

■他事業所との連携

⑧

⑥ 訪問型サービス計画の実施状況の把握のために、サービスの提供状況や利用者の状態等を踏まえ、それぞれ具体的な内容を記載する。

⑦ ③～⑥を踏まえ、今後の支援の方針や、通所型サービス計画の変更の必要性について記載する。

⑧ 他事業所と連携すべき内容を記載する。自立に向けた取組みが事業所間で連携して行えるように意識して記載する。

訪問型サービス 利用者基本情報

記入日 年 月 日

記入者

基本情報

ふりがな		性別	年齢	生年月日	
利用者氏名	利用者基本情報は担当の介護支援専門員等からの情報提供をもとに記載して下さい。(転記可)			T・S 年 月 日	
住所					
世帯類型	1.同居 2.日中独居 3.高齢者夫婦 4.独居	区別	申請中	要支援 1・2	事業対象者
緊急連絡先	住所	本人との続柄	電話番号		
①					
②					

交流

1. 事業所以外に週に1回以上外出している	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
2. 主な外出先と頻度	<input type="checkbox"/> 校区外 <input type="checkbox"/> 校区内 <input type="checkbox"/> 近所のみ 頻度( 回/週・月 ) 主な外出先( )
3. 地域活動への参加	<input type="checkbox"/> 参加あり <input type="checkbox"/> 以前はあったが今はない <input type="checkbox"/> 参加なし
4. 趣味活動	<input type="checkbox"/> 趣味活動がある <input type="checkbox"/> 趣味活動はあるが今はしていない <input type="checkbox"/> 趣味がない
特記事項	

認知面

認知症高齢者の日常生活自立度	自立 I II III IV M	特記事項
問題行動	なし 徘徊 妄想 介護拒否 異食 その他( )	
1. 会話がまとまらない	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
2. 物忘れがある	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
3. 自分の意思を伝えることができる	<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> 出来るが配慮が必要 <input type="checkbox"/> できない	

栄養

1. 食事の回数	回/日 ( 規則的 不規則的 )
2. 食事制限がある場合	<input type="checkbox"/> 実行できている <input type="checkbox"/> 実行できていない 制限の内容( カロリー(糖分) 塩分 蛋白質 その他 )
特記事項	

口腔

義歯	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり( ) ) <input type="checkbox"/> 無	
1. 固いものの食べにくさがある	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	特記事項
2. むせることがある	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	
3. 口の渇きや口臭が気になる	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない	

既往歴・疾病

発症時期	状態が変わった場合等はいつの時点で変わったのかを明記し、担当の介護支援専門員等に情報提供を行う。	特記事項
平成 年 月 日	例) 平成28年5月30日追記 口の渇きが気になるようになったと本人から聞き取る。	
平成 年 月 日		
平成 年 月 日		

服薬・点眼・点

支援を受ける原因になった主要な病気を3つまで挙げる。		
主治医①	医療機関名	医師名 <TEL>
主治医②	医療機関名	医師名 <TEL>

No. 5 掃除

計画期間 ① 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日

目標 \_\_\_\_\_

介護予防・生活支援サービス事業・支援計画の目標 ② \_\_\_\_\_

③ 本人・インフォーマル	⑦ 掃除場所	ヘルパーの掃除方法・留意点	所要時間	頻度
1.掃除機を使って掃除ができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	居室 有 無	<input type="checkbox"/> 掃除機の準備 <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> モップをかける <input type="checkbox"/> 家具の上を拭く(雑巾) <input type="checkbox"/> 道具の片付け		
2.ほうきで掃くことができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	寝室 有 無	<input type="checkbox"/> 掃除機の準備 <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> モップをかける <input type="checkbox"/> 家具の上を拭く <input type="checkbox"/> 道具の片付け <input type="checkbox"/> シーツ交換		
3.雑巾を絞ってふくことができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	食卓 有	<input type="checkbox"/> 掃除機の準備 <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> モップをかける <input type="checkbox"/> 家具の上を拭く <input type="checkbox"/> 床回りを拭く <input type="checkbox"/> レンジ台を拭く <input type="checkbox"/> 流し台を洗う		
4.部屋のゴミを集めることができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	台所 (流し・ガス台) 有 無	<input type="checkbox"/> 掃除機の準備 <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> モップをかける <input type="checkbox"/> 家具の上を拭く <input type="checkbox"/> 床回りを拭く <input type="checkbox"/> レンジ台を拭く <input type="checkbox"/> 流し台を洗う		
5.モップで拭くことができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	トイレ 有 無	<input type="checkbox"/> 便器をブラシで洗う、洗剤(使用・使用しない) <input type="checkbox"/> 床回り・便器等を拭く		
6.水廻り(トイレ・浴室・台所)の掃除ができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	廊下・階段 有 無	<input type="checkbox"/> 掃除機の準備 <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> モップをかける <input type="checkbox"/> 拭く		
7.ゴミを分別することができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	風呂場 有 無	<input type="checkbox"/> 浴槽を洗う <input type="checkbox"/> 浴室を洗う <input type="checkbox"/> 排水口等のゴミをとる <input type="checkbox"/> 脱衣所		
8.ゴミ収集所までゴミを持っていける <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	その他	<input type="checkbox"/> ゴミ出し		
★自立に向けた取り組み等				
9.草むしりやに庭の手入れができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	⑨ 工夫方法	⑩ 工夫した内容	⑪ 継続	⑫ 自立支援や改善に繋がったこと

★家族その他本人以外が行っている内容

④ 項目	支援者	⑤ 頻度	⑥ 関わり方

サービス実施状況報告 平成 年 月 日	
■サービスの提供状況	
■利用者の状態(利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等)	毎月担当の介護支援専門員等へ実施状況報告を行う。

① ②の目標をもとに、事業所としての目標を挙げる。②の目標をより具体的にした目標を設定する。

② 介護予防・生活支援サービス事業・支援計画書の訪問型サービスにおける目標を1つ転記する。

③ 各項目をアセスメントしチェックを入れる。家族等から支援を受けており、自分で行っていない場合は空欄でよい。網掛け以外の項目は介護支援専門員等による2次アセスメントツールの内容と同じものである。初回のチェックは介護支援専門員等による2次アセスメントツールの内容の転記でよい。

④ ③の項目で家族等から支援を受けており、自分で行っていない項目を記載する。

⑤ 支援者が関わっている頻度を記載する。

⑥ 各項目ごとにどのように支援者が関わっているのかを記載する。関わり方によって本人の自立支援に繋がる内容がないかを確認する。

⑦ サービスに入る場所には「有」に○をする。

⑧ 自立に向けて共に行う内容等を記載する。

⑨ 工夫した点として、道具or配置(導線)orやり方のどれかを記載する。

⑩ どのように工夫したのかを記載する。

⑪ 自立に向けた取り組みが何月目かを記載する。同じ取り組みが継続する場合には、新たな取り組みの必要性について検討する。

⑫ 自立に向けた取り組みの実施状況や改善に繋がったこと等を記載する。

## 介護予防・生活支援サービス事業(訪問型サービス)

No. 3、5

アセスメント/訪問型サービス計画書/モニタリング

事業所名 @@事業所

作成者名 保険 花子

## 【基本情報】

利用者氏名	久留米 花子	生年月日	昭和10年3月3日	担当ケアマネ	保険 介子氏
認定期間	平成29年4月1日 ~ 平成30年3月31日	状態区分	申請中・ <b>要支援 1</b> ・2・事業対象者		
計画期間	平成29年4月1日 ~ 平成29年9月30日	利用サービス	身体ヘルプ・ <b>元気ヘルプ</b> ・生活ヘルプ		

## 【アセスメント】

訪問日	平成29年3月20日
作成日	平成29年3月25日

## 【訪問型サービス計画書】

作成日	平成29年3月25日
-----	------------

別紙、計画書について、説明を受け実施することに同意します。

平成29年3月25日

説明者

保険 花子

利用者氏名

久留米 花子 印

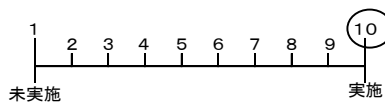
代理人氏名

久留米 太郎 (続柄)長男 印

## 【モニタリング・評価】

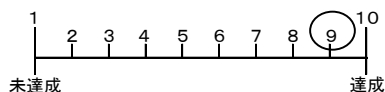
評価実施日	平成29年9月10日
-------	------------

## ■サービスの実施状況



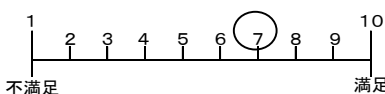
計画どおり実施できた。自立を妨げていた要因である痛みを考慮した支援を行い、掃除や調理が自分で出来るようになった。

## ■目標の達成度



道具の工夫や家事動作時の姿勢に気をつけることで、日常生活で出来る動作が増えた。食事は毎日一食作り、掃除についても水廻りの掃除が出来るようになった。

## ■利用者及び家族の満足度



自分で出来ることが増え日々の暮らしに自信が持てるようになった。特別な運動をしなくても家事をすることや食事を見直すことが大切だと気づいた。今後も教わった内容を実践し、一人暮らしを継続していきたい。

## ■今後の方針・計画変更の必要性等

痛みに対する不安はあるものの、提案した方法を習得され、掃除や調理等出来る活動が増えた。専門職によるサービスの提供は必要ない状態になったため、元気ヘルプは終了する。

## ■他事業所との連携

自分でしたいという意欲はあるが、屈む動作をすると痛みがあるため出来ないことがある。痛みの増悪を招かない動作方法について、通所型事業所において引き続き支援していただきたい。

訪問型サービス 利用者基本情報

記入日 平成29年3月25日

記入者 保険 花子

基本情報

ふりがな	く め はなこ	性別	年齢	生年月日
利用者氏名	久留米 花子	女	80歳	M・T・S 10年 3月 3日
住所	〒830-**** 久留米市A町	電話番号	*-****	
世帯類型	1.同居 2.日中独居 3.高齢者夫婦 4.独居	区分	申請中 (要支援 1)・2 事業対象者	
緊急連絡先	住所	本人との続柄	電話番号	
①	久留米 太郎	長男	***-****-****	
②	久留米 梅子	長男の妻	***-****-****	

交流

1. 事業所以外に週に1回以上外出している	<input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
2. 主な外出先と頻度	<input type="checkbox"/> 校区外 <input type="checkbox"/> 校区内 <input checked="" type="checkbox"/> 近所のみ 頻度( 1回(週)・月 ) 主な外出先( )
3. 地域活動への参加	<input type="checkbox"/> 参加あり <input checked="" type="checkbox"/> 以前はあったが今はない <input type="checkbox"/> 参加なし
4. 趣味活動	<input type="checkbox"/> 趣味活動がある <input checked="" type="checkbox"/> 趣味活動はあるが今はしていない <input type="checkbox"/> 趣味がない
特記事項	地元の同級生との交流があり、毎年温泉で同窓会をしていたが、最近行かなくなった。今は電話で話す程度。地区の老人会に入っていたが2年ほど前から足腰が弱くなり、集まりに参加しなくなった。

認知面

認知症高齢者の日常生活自立度	(自立) I II III IV M	特記事項 特になし。
問題行動	(なし) 徘徊 妄想 介護拒否 異食 その他( )	
1. 会話がまとまらない	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
2. 物忘れがある	<input checked="" type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある	
3. 自分の意思を伝えることができる	<input checked="" type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> 出来るが配慮が必要 <input type="checkbox"/> できない	

栄養

1. 食事の回数 3回/日 ((規則的) 不規則的)	
2. 食事制限がある場合	<input type="checkbox"/> 実行できている <input checked="" type="checkbox"/> 実行できていない 制限の内容(カロリー(糖分) (塩分) 蛋白質 その他)
特記事項	最近息子が食事のことを心配し、週5回(夕食のみ)宅配食をとるようになった。減塩は意識する必要がある。

口腔

義歯	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題あり(入れ歯がぐらつく時がある) ) <input type="checkbox"/> 無
1. 固いものの食べにくさがある	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
2. むせることがある	<input checked="" type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
3. 口の渇きや口臭が気になる	<input type="checkbox"/> ある <input checked="" type="checkbox"/> ない
特記事項	歯茎が痩せて入れ歯があてていない。歯科受診も出来ていない。

既往歴・疾病

発症時期	疾患名	特記事項
平成13年3月 日	変形性腰椎症、変形性膝関節症	腰や膝の痛み。特に屈むときに痛む。
平成13年3月 日	骨粗しょう症	
平成23年7月 日	高血圧症	

服薬・点眼・点鼻薬

〇〇薬	特記事項 痛みが強い時に痛み止めを飲んでいる。
主治医① 医療機関名 〇〇病院	医師名 △△医師 <TEL> *-****
主治医② 医療機関名 □□クリニック	医師名 □□医師 <TEL> *-****

訪問型サービス計画書 平成29年4月分

利用者名 久留米 花子

作成者 保険 花子

No. 3 調理

計画期間	平成29年4月1日 ~ 平成29年9月30日
目標	栄養バランスを考えた食事を毎日1食作る
介護予防・生活支援サービス事業・支援計画の目標	掃除や調理方法を工夫して自分で出来るようになる

本人・インフォーマル	調理介助の内容			
1. メニューを考える ■できる □少しの支援でできる □できない	調理介助の理由	■身体的に困難 □知識不足等調理したことがない □認知面 炊飯は自分で行うが、膝や腰の痛みがあり、長い時間調理場に立てないため。		
2. 必要な食材・調味料を準備する □できる ■少しの支援でできる □できない	食事についての留意点	Drからの指示等 体重の増加があるためバランスの良い食事で生活習慣病の悪化を防ぐ必要がある。減塩にも留意し、間食をしすぎないように気をつけること。		
3. 食材をカットする ■できる □少しの支援でできる □できない	食事区分	■一般食 □糖尿病 □高血圧 その他		
	食事の嗜好	□普通 ■やわらかめ □全粥 □五分粥 部分入れ歯が合わず、柔らかい食材に偏り食事での満足感が得られていない。(入れ歯の調整が必要。)		
4. 包丁など危険物の安全な使用 ■できる □少しの支援でできる □できない	食事形態	部分入れ歯が合わず、柔らかい食材に偏っている。		
5. 煮炊きができる □できる ■少しの支援でできる □できない	献立作成 栄養のバランス	■要 □不要 □良好 □普通 ■不良 減塩とたんぱく質の摂取を心がける。		
		調理介助の内容(ヘルパーが行うこと)	所要時間	
6. 火気の取り扱い ■できる □少しの支援でできる □できない	1回の調理で作るもの	■朝食 ■昼食 □夕食 ■主食 ■副食(品数3品) □配膳 □片付け	30分	火・金
	本人ができること(共に行う調理)			
7. 缶・ビンのふたを開ける □できる ■少しの支援でできる □できない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養バランスのとれた時短メニューを考える。</li> <li>・膝や腰の負担を減らすために調理しやすい環境を整備した上で、食材のカット等を行う。</li> <li>・調理時の正しい姿勢を身につけ、膝や腰の負担を減らす。</li> </ul>		30分	火・金
	★自立に向けた取り組み等			
8. 賞味期限の確認 ■できる □少しの支援でできる □できない	工夫方法 やり方	工夫した内容 座っての作業や屈まずに道具が取れるように環境を整備した	継続 1月目	自立支援や改善に繋がったこと 調理場に立つ時間が短く、屈む動作がなくなったため作業が楽になった。

★家族その他本人以外が行っている内容

項目	支援者	頻度	関わり方
2	息子 宅配業者	週1回 週5回	スーパーに買物に連れて行ってもらう。 夕食に配食弁当を頼んでいる。

サービス実施状況報告 平成29年4月30日

■サービスの提供状況  
予定どおり実施できている。環境の整備を行ったことで1月前より調理できる時間が長くなり、共に行う作業も増えてきている。入れ歯の調整ができたため、柔らかいものだけでなく、たんぱく質を摂取できるメニューを選び調理している。

■利用者の状態(利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等)  
調理が楽に行えるようになり自信がもてるようになってきた。栄養バランスのとれた時短メニューを紹介すると、楽しそうにメニューを選ばれている。今後は、通所型事業所において助言されている膝や腰に負担をかけない姿勢での調理が行えるように支援していく。

訪問型サービス計画書 平成29年4月分

利用者名 久留米 花子

作成者 保険 花子

No. 5 掃除

計画期間	平成29年4月1日 ~ 平成29年9月30日
目標	道具を工夫し掃除の仕方を知得することで、水廻りの掃除が出来るようになる
介護予防・生活支援サービス事業・支援計画の目標	掃除や調理方法を工夫して自分で出来るようになる

本人・インフォーマル	掃除場所	ヘルパーの掃除方法・留意点	所要時間	頻度	
1.掃除機を使って掃除ができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input checked="" type="checkbox"/> できない	居室  有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 掃除機の準備 <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> モップをかける <input type="checkbox"/> 家具の上を拭く(雑巾) <input type="checkbox"/> 道具の片付け			
2.ほうきで掃くことができる <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	寝室  有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 掃除機の準備 <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> モップをかける <input type="checkbox"/> 家具の上を拭く <input type="checkbox"/> 道具の片付け <input type="checkbox"/> シーツ交換			
3.雑巾を絞ってふくことができる <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	食卓  有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 掃除機の準備 <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> モップをかける <input type="checkbox"/> テーブルの上を拭く <input type="checkbox"/> 床回りを拭く <input type="checkbox"/> 道具の片付け			
4.部屋のゴミを集めることができる <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	台所 (流し・ガス台)  有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 掃除機の準備 <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> モップをかける <input checked="" type="checkbox"/> 家具の上を拭く <input checked="" type="checkbox"/> 床回りを拭く <input checked="" type="checkbox"/> レンジ台を拭く <input checked="" type="checkbox"/> 流し台を洗う ・屈まなくても届く範囲は拭き掃除をする。	10分	火・金	
5.モップで拭くことができる <input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	トイレ  有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 便器をブラシで洗う、洗剤(使用・使用しない) <input checked="" type="checkbox"/> 床回り・便器等を拭く ・工夫した道具で便器を洗う。 ・モップで床周りを拭く。	10分	火・金	
6.水廻り(トイレ・浴室・台所)の掃除ができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input checked="" type="checkbox"/> できない	廊下・階段  有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> 掃除機の準備 <input type="checkbox"/> 掃除機をかける <input type="checkbox"/> モップをかける <input type="checkbox"/> 拭く			
7.ゴミを分別することができる <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input type="checkbox"/> できない	風呂場  有 <input type="radio"/> 無 <input type="radio"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 浴槽を洗う <input checked="" type="checkbox"/> 浴室を洗う <input checked="" type="checkbox"/> 排水口等のゴミをとる <input checked="" type="checkbox"/> 脱衣所 ・工夫した道具で浴槽や浴室を洗う。	20分	火・金	
8.ゴミ収集所までゴミを持っていける <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input checked="" type="checkbox"/> できない	その他	<input type="checkbox"/> ゴミ出し			
★自立に向けた取り組み等					
9.草むしりやに庭の手入れができる <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 少しの支援でできる <input checked="" type="checkbox"/> できない		工夫方法	工夫した内容	継続	自立支援や改善に繋がったこと
		道具	柄の長いブラシを活用した。	1月目	道具を工夫する事で屈む必要がなくなり水廻りの掃除が少しできるようになった。

★家族その他本人以外が行っている内容

項目	支援者	頻度	関わり方
8	隣人	週2回	ゴミを分別するところまでは本人が行っている。ゴミをまとめて縛る作業や収集所まで運ぶ作業をゴミ出しの日に隣人がしてくれている。隣人も高齢のため、今後のゴミ出しの支援についても検討が必要である。

サービス実施状況報告 平成29年4月30日

■サービスの提供状況  
計画どおり実施できている。水廻りの掃除については工夫した道具の使い方を習得しているところである。通所型事業所で教わった腰や膝に負担をかけない掃除のやり方がまだ身につけていないようなので、継続して自立に向けた取り組みを行っていく。

■利用者の状態(利用者の心身の状況及び心身の状況の変化等)  
本人も工夫した道具を活用することで水廻りの掃除が出来るようになったことに喜びを感じている。